

# **Beneficio S.A. Compañía de Seguros**



## ***MANUAL ANTIFRAUDE***

## **INTRODUCCION**

### **EL FRAUDE EN LA ACTIVIDAD ASEGURADORA**

El fraude resulta ser un hecho inherente a la propia dinámica de la actividad aseguradora, y si bien muchos opinan que es imposible su erradicación, si pueden tomarse medidas para prevenirlo o disminuir las consecuencias ruinosas que el mismo tiene para el mercado asegurador, la sociedad en general y para las entidades en particular.

En nuestra actividad se ha definido al fraude como “un abuso del mecanismo asegurador para obtener ganancias económicas”, interpretándolo básicamente como todas aquellas acciones realizadas expresamente por el asegurado o por terceros damnificados (reales o no) y que afectan la probabilidad de siniestro o la cantidad de pérdida resultante del mismo.

La lucha contra el fraude se ha convertido en uno de los principales retos de la industria aseguradora mundial. El costo que implica para las compañías de seguros y para la sociedad no solo se representa en la pérdida monetaria por el hecho fraudulento, sino también en la adopción de mecanismos de auditoría y detección, lo que convierte a este fenómeno en un tema trascendental para el sector asegurador. Teniendo en cuenta que dichos costos son ser transferidos al valor de la prima, el consumidor honesto es quien asume el sobre costo y se convierte también en una víctima de este delito.

Muchas veces la competencia entre distintos aseguradores ha dado lugar a una simplificación de los requisitos necesarios para acceder a una cobertura, a una inadecuada selección de riesgos y a un debilitamiento o simplificación de controles.

Un asegurador que no combate el fraude (y por ende no realiza una adecuada política de control de los siniestros y su cuantificación) puede obtener, a corto plazo, algún tipo de ventaja competitiva, sobre todo en la consideración de los productores o intermediarios, partidarios éstos de una atención y pago rápido de los siniestros de sus asegurados. Sin embargo, a largo plazo el incremento de los costos medios por siniestro derivados de actividades fraudulentas puede poner en peligro su estabilidad económica financiera.

En realidad el proceso de detección y prevención del fraude comienza en el momento mismo de la suscripción de la póliza. La realización de una correcta apreciación y valoración del riesgo (que supone su adecuada inspección) y la utilización de formularios de propuestas con cuestionarios detallados con el fin de conocer su verdadero estado, debe ser una práctica comercial que no puede ser dejada de lado.

Si bien la detección y el tratamiento del fraude llevan asociadas importantes connotaciones de subjetividad (análisis detallado de las partes de siniestro por parte del personal de la aseguradora, contactos con otras entidades, uso de base de datos, etc.) poder determinar qué variables pueden ser significativas para su detección resulta ser de

importancia fundamental para el personal de la empresa y en especial para el sector siniestros o liquidadores, sean éstos internos o externos.

Existen diferentes modalidades de fraude que han sido identificadas, que varían de acuerdo con el momento de la comisión, el tipo de defraudador, y el ramo de seguros, entre otros. Se han identificado las diferentes formas que reviste el delito:

- La preparación del fraude al seguro en la misma fase de la contratación de la cobertura:
  - Fijar abusivamente la suma asegurada.
  - Ocultación de circunstancias preexistentes a la celebración del contrato.
- La conversión de un daño no amparado en un siniestro de seguro.
- Simulación de un siniestro que no ha ocurrido.
- Provocación intencionada del siniestro.
- Fraude en la liquidación del siniestro incrementando los costos del mismo.
- Fraude al asegurador por parte de terceros damnificados:
  - Inexistencia o simulación del siniestros
  - Connivencia con asegurados o con otros terceros (autoridades públicas, médicos, servicios de asistencia, talleres, etc.)
  - Simulación del daño
  - Magnificación de las sumas reclamadas

El fraude en seguros puede manifestarse de distintas formas a saber:

- a) el siniestro puede ser provocado en forma deliberada.
- b) la póliza no tenía cobertura financiera a la fecha del siniestro o se pretenden indemnizaciones sobre coberturas no contratadas.
- c) los daños en caso de siniestro real pueden ser intencionalmente potenciados, con el fin de acceder a una indemnización mayor.
- d) el siniestro puede ser utilizado para reparar o solucionar problemas o requerir indemnizaciones por daños producidos anteriormente.
- e) al momento de la confección de la propuesta de seguros la información del asegurado puede no ser verdadera, con el fin de conseguir una menor prima o directamente el aseguramiento de riesgos que, ante su real estado, no serían motivo de cobertura por parte de la aseguradora (reticencia).

Estudios efectuados en Estados Unidos, en relación con el fraude en el seguro de automotores, indican que este tipo de actitudes aparece asociada a las siguientes situaciones:

1. Reclamaciones por daños corporales inexistentes o por pérdida de salarios ficticia;
2. Aparición de cadenas de fraude, con connivencia de abogados, médicos, etc.
3. Declaración de un mismo siniestro en varias compañías.
4. Falso robo de vehículo o de sus accesorios.

5. Accidentes planeados con la utilización o connivencia de conocidos o familiares.
6. Incremento en los daños del vehículo.
7. Incendio provocado de vehículos.
8. Siniestros en los que se reclaman coberturas no contempladas en la póliza.
9. Contratación de pólizas luego de haberse producido un siniestro, en muchos casos con la connivencia del productor-asesor de seguros o del agente institorio.

Es importante avanzar en el conocimiento de las diversas causas de fraude en cada uno de los ramos, y por otra parte interpretar con mayor precisión el impacto que, en términos económicos, su detección reporta a la aseguradora.

Es por ello importante que las políticas antifraude a implementar tengan los siguientes objetivos:

- Prestar a la lucha contra el fraude la importancia que realmente tiene.
- Actuar en forma sistematizada en las distintas áreas para ayudar a detectar hechos o situaciones que supongan indicadores posibles de actitudes fraudulentas.
- Mejorar de forma continua el rigor en el análisis e investigación de supuestos fraudes.

Por tal se habrán de definir, con la mayor precisión posible, cuáles son los hechos que han de permitir considerar que un siniestro declarado puede ser un posible fraude, con el fin de implementar un plan de actuación interno en la aseguradora para prevenirlos.

El principal problema radica en que las definiciones que se tomen tienen una gran carga de subjetividad, ya que son pocos los parámetros objetivos que puedan llegar a determinarse, los que han de depender en muchos casos de la experiencia de los funcionarios de los distintos sectores y de los usos y prácticas vigentes en el ramo considerando cuál es el mercado de que se trata.

Para la definición del concepto de fraude podrían considerarse las siguientes premisas:

- Que exista un engaño o intento de engaño por parte de los intervinientes en la contratación del seguro o en la declaración del siniestro.
- Que se efectúe una investigación, más allá de la simple comprobación necesaria y elemental en la tramitación de cualquier siniestro.
- Que se obtengan pruebas suficientes que puedan demostrar la existencia del fraude.
- Que el siniestro sea efectivamente rechazado, y en caso de corresponder que se inicien las acciones penales correspondientes.
- Que se produzca un ahorro económico en la relación costo-beneficio.

El rol principal de los procedimientos antifraude es disuadir a los defraudadores de cometer el delito, y no de detectarlo. La eficiencia de dichos mecanismos se podría ver reducida si el único objetivo es la detección, ya que la auditoría es aleatoria. La probabilidad de auditar una reclamación es menor a uno, por lo cual se presentarán

obligatoriamente casos de abuso no detectado. Al tener también en cuenta el rol de prevenir, los castigos de aquellos casos detectados sirven como una señal anticipada de las consecuencias de cometer fraude.

En suma, será política de esta aseguradora actuar en forma activa, en las distintas etapas de los procesos de aseguramiento y gestión de siniestros, para prevenir el fraude en la actividad, mediante la utilización de los mecanismos y procedimientos necesarios para tal fin, debiéndose lograr el compromiso de todos y cada uno de los miembros del personal y de los directivos en pos de tal fin.

El presente Manual Antifraude se ajusta a las Pautas mínimas y obligatorias para el desarrollo de “Normas sobre Políticas, Procedimientos y Controles Internos para combatir el fraude” que requiere la Superintendencia de Seguros de la Nación a través de la Resolución N° 38.477.

**DEFINICIONES.**

**Conceptualización de fraude.** Los elementos básicos mediante los cuales pueden intentarse y/o plasmarse operaciones de fraude son:

- 1) Acción u omisión.
- 2) Perpetrada en el marco de una relación de seguros, incluyendo la conducta de comercializadores no autorizados, para recabar una ventaja o beneficio indebido.
- 3) Para provecho propio o de un tercero.
- 4) Modalidades (listado enunciativo, no taxativo):  
Engaño, aserción de lo que es falso o disimulación de lo verdadero, artificio, astucia, maquinación, abuso de confianza, magnificación del daño o cualquier otro ardid.
- 5) El fraude como expresión de mala fe, puede configurar una modalidad delictiva criminal cuando es factible subsumir la conducta en alguna de las previsiones legales penales.
- 6) El fraude puede configurarse con la colusión de personal de la propia entidad aseguradora, de servicios tercerizados, de profesionales que actúan como auxiliares de la actividad aseguradora u otros canales de comercialización.

**DECALOGO DE DESAFIOS ETICOS**

Esta aseguradora asume el compromiso de adecuarse al documento “Decálogo de Desafíos Éticos” que se expone a continuación:

**EL DECALOGO DE DESAFIOS ETICOS**

Lineamientos generales para el establecimiento de BUENAS PRACTICAS:

Las buenas prácticas, la debida diligencia, el trato justo y la buena fe deben verificarse en los distintos procesos, a saber:

- a) En el proceso de comercialización o venta.
  - b) Durante la vigencia de la cobertura.
  - c) En el proceso de liquidación de siniestros.
  - d) En el proceso de pago de indemnizaciones o sumas aseguradas.
  - e) En la atención de las denuncias o reclamaciones de tomadores, asegurados, beneficiarios, o terceros damnificados.
- 1) Esta aseguradora adoptará políticas y procedimientos para garantizar una adecuada información a los tomadores, con especial énfasis:
    - i. En los alcances reales de la cobertura, otras alternativas y sus costos.
    - ii. En los ítems, riesgos o conceptos no cubiertos, procurando que el usuario comprenda claramente limitaciones, v.gr., en virtud de franquicias o por la adopción de sistemas personalizados, usualmente conocidos “de scoring”, en los que la prima se define acorde a mediciones estadísticas respecto de la siniestralidad, dependiendo de distintas variables personales, del bien asegurado, de su uso y geográficas.
    - iii. En explicaciones que permitan comprender coberturas complejas.
    - iv. En la erradicación de campañas comerciales agresivas.
    - v. En que las pólizas deben adecuarse a toda la normativa legal y reglamentaria vigente, y muy especialmente reflejar una redacción clara, simple, y que no disimule cláusulas que limiten o modifiquen los alcances de la cobertura.
    - vi. En brindar información integral y no parcializada, estableciendo medidas adecuadas para resolver posibles conflictos de intereses entre las partes y/o con intermediarios o agentes.
    - vii. En la pormenorización destacada de las obligaciones y derechos básicos de los asegurados.
    - viii. En la explicitación de las consecuencias devenidas de la omisión del pago de la prima y/o el incumplimiento de cualquiera de las cargas establecidas en cabeza del asegurado.
  - 2) Promover la difusión de una cultura aseguradora que le permita comprender al tomador o asegurado que hay una relación técnica básica entre PRIMA - RIESGO - SUMA ASEGURADA. A veces los asegurables tienen una expectativa en orden a que con primas muy bajas es posible contar con coberturas extraordinarias y ello implica un

error que las entidades no deben explotar, siendo deseable que aclaren la naturaleza, vigencia, costo y alcance de las que contraten los usuarios.

- 3) Las entidades no deben colocar el producto que el asegurado NO desea (procurando ajustarse a las especificaciones de la propuesta), o que manifiestamente no le servirá (y que en general aparece enmascarado por otro similar), o que le impondrá efectuar gastos o esfuerzos desmesurados en proporción a los beneficios, sin que aquél sea debidamente prevenido al respecto. Tampoco deberán concertar coberturas que —de producirse el siniestro— no conllevarán responsabilidad del asegurador.
- 4) Las entidades deben facilitar la efectividad de las notificaciones, especialmente si se trata de distractos; y que el asegurado pueda cumplir con sus CARGAS y OBLIGACIONES, indicando claramente el detalle de la documentación que deberá aportar. Deberán abstenerse de incurrir en abusos respecto de la facultad de solicitar información o instrumental complementaria, acorde a un principio de razonabilidad.
- 5) Las entidades deben facilitar la intervención y control del asegurado en la liquidación del siniestro.
- 6) Las entidades deben facilitar que los asegurados o beneficiarios cobren las indemnizaciones o sumas aseguradas.
- 7) En seguros de vida, deben procurar una clara identificación del beneficiario y la periódica actualización de sus datos. Al conocer el fallecimiento del asegurado, deben notificar fehacientemente al beneficiario en orden a sus derechos.
- 8) Los folletos y artículos de publicidad de las entidades deben adecuarse a toda la normativa vigente para la materia, individualizar con claridad la aseguradora interviniente, incluso si opera a través de un intermediador o agente; y muy especialmente facilitar que el asegurado entienda el costo, el riesgo cubierto, las limitaciones (temporal, espacial, causal y objetiva) de la cobertura y sus reales alcances.
- 9) Si las funciones de esclarecimiento (en los aspectos de asesoramiento) se delegan en Productores Asesores de Seguros o Sociedades de Productores, o agentes institorios, la entidad debe proporcionar un instructivo básico para asegurar estas buenas prácticas.
- 10) Las entidades deberán comunicar al organismo de control la recepción de reclamos o denuncias vinculadas a coberturas falsas que les son atribuidas o que manifiestamente correspondan al accionar de comercializadores no autorizados.

### **Disponibilidad del presente Manual Antifraude**

El Manual de Procedimientos Antifraude se encontrará siempre actualizado y disponible, para todos los empleados de Beneficio S.A. Compañía de Seguros en la Intranet de la empresa y para la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION en caso que lo requiera.



**PROCESO DE DISUACION, PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE FRAUDES**

Las políticas de la aseguradora en materia de análisis de fraude se fundan en las siguientes recomendaciones que surgen de la Resolución N° 38.477 de la Superintendencia de Seguros de la Nación, y consisten en:

- a) Propiciar la difusión de las alertas, indicadores o señales que —según el ramo— usualmente ameritan un control más atento.
- b) Las acciones de disuasión y prevención deben difundirse a todos los tomadores y asegurados, que —acorde a la experiencia de la entidad y según el ramo que se explote— deberán ser alertados, por ejemplo, en orden a que:
  - 1) Nunca deben firmar en blanco formularios de reclamos o denuncias de siniestros.
  - 2) Nunca deben aceptar dinero, o suscribir documentos o acordar apoderamientos cuyos alcances y efectos no comprendan, como tampoco reconocer hechos que no han sucedido, ni aceptar la asistencia letrada proporcionada por terceros desconocidos.
  - 3) No deben modificar el estado de las cosas dañadas por el siniestro (con excepción de la obligación de salvamento en orden a que en la medida de sus posibilidades debe evitar o disminuir el agravamiento del daño), como tampoco exagerar fraudulentamente los daños; emplear pruebas falsas; o proporcionar información complementaria falsa.
  - 4) El fraude que se dirige contra el asegurador causa daños a toda la comunidad, incide en los costos de las primas, y ocurre cuando la gente engaña a la compañía (y/o al productor asesor de seguros) para cobrar dinero u obtener alguna otra ventaja a la que no tiene derecho.
  - 5) El fraude que afecta al asegurador es un delito. La variación, simulación o tergiversación de circunstancias personales, temporales, objetivas, de causalidad, de lugar, y la provocación deliberada, o la simulación total o parcial del acaecimiento del siniestro, son algunas de las formas de fraudes más comunes, lo que lleva a admitirlo como natural, sin comprender la gravedad que conlleva.
  - 6) Las declaraciones falsas o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado, aun hechas de buena fe, que de ser tomadas en cuenta hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones, hacen nulo el contrato, resultando de mayor gravedad las consecuencias frente a actitudes dolosas o de mala fe.
  - 7) Recuerden que pueden ser voluntaria o involuntariamente implicados en una maniobra de fraude. Siempre existe el riesgo de que alguna persona con muy malas intenciones los induzcan a realizar prácticas que están por fuera de la ley.
  - 8) Nunca deben avenirse a cooperar en la realización de una maniobra de fraude.
  - 9) Nunca deben facilitar los datos ni el acceso de sus pólizas a terceros cuando ello no se justifique, ni permitir que se sustituyan o simulen las reales circunstancias personales, temporales, objetivas o causales, relativas al acaecimiento de un siniestro.

- 10) Deben mantenerse alerta sobre accidentes repentinos o de extraña modalidad que sufra, especialmente si están involucrados presuntos afectados en bicicleta o motocicleta.
- 11) Deben procurar obtener datos de testigos reales y documentar, acorde a sus posibilidades, las circunstancias del siniestro, v.gr., mediante fotografías, filmaciones, etc. para evitar que aquéllas sean distorsionadas en su contra.
- 12) Siempre deben consultar con su aseguradora ante cualquier duda o eventualidad y comunicar novedades que surjan.
- 13) Recuerden que deben formular la denuncia del acaecimiento del siniestro. Procuren formalizar dicha denuncia y que le sea informado el número de siniestro por el que tramitará internamente en la entidad.
- 14) Tengan presente que sus coberturas pueden tener limitaciones, en orden a ítems, riesgos o conceptos no cubiertos, v.gr., en virtud de franquicias o por la adopción de sistemas personalizados, usualmente conocidos “de scoring”, en los que la prima se define acorde a mediciones estadísticas respecto de la siniestralidad, dependiendo de distintas variables personales, del bien asegurado, de su uso y geográficas, que deben ser respetadas.
- 15) Deben estar advertidos respecto de la oferta de coberturas, generalmente de costo por debajo de la media del mercado, por parte de comercializadores no autorizados.
- 16) Si bien esta permitido asegurar el mismo interés y el mismo riesgo con más de un asegurador, en su caso tal extremo debe ser notificado a todas las entidades. No es lícito que la indemnización supere el monto de daño sufrido, como tampoco perseguir el cobro respecto de un siniestro que ya fue reparado por alguna otra aseguradora.
- 17) No adquieran autopartes o repuestos de dudosa procedencia. No sólo porque pueden ser el producido de un delito grave, sino porque tampoco está garantizada su calidad. En su caso, acuda a los desarmaderos legalmente regulados, cuyos productos están certificados e identificados. Para mayor información ingrese en [www.dnrpa.gov.ar](http://www.dnrpa.gov.ar) y así podrá acceder al listado de desarmaderos inscriptos en el Registro Único de Desarmaderos de Automotores (RUDAC).

**MEMORIA DE CASOS INVESTIGADOS**

Se elaborará una memoria de casos investigados por sospecha de fraude de seguros, en la que se registrará un resumen o síntesis que describa brevemente los principales contenidos del caso, acorde con las siguientes pautas:

- 1) Ramo involucrado.
- 2) Fecha y lugar de concertación de la cobertura.
- 3) Número de póliza, con fecha y lugar de emisión.
- 4) Vigencia de la cobertura (fecha de inicio/fin).
- 5) Fecha y lugar del siniestro.
- 6) Fecha de la denuncia.
- 7) Hechos denunciados con indicación precisa del reclamo.
- 8) Datos de la Comisaría y/o de los funcionarios de Gendarmería y/o Prefectura y/o Bomberos y/o Defensa Civil, que eventualmente hayan tomado intervención en el siniestro.
- 9) Investigación producida e indicadores considerados.
- 10) Elementos de prueba recabados.
- 11) Hechos descubiertos de manera clara y concisa.
- 12) Datos del/los tomador/es, asegurado/s, beneficiario/s
- 13) Datos del/los presunto/s involucrado/s.
- 14) Datos del profesional (abogado, médico, etc.) que eventualmente hubiera prestado colaboración para la maniobra.
- 15) Datos del Productor Asesor de Seguros (o Sociedad de Productores) que eventualmente hubiera intermediado y/o organizador y/o agente institorio que hubiere intervenido en la concertación de la cobertura.
- 16) Datos de los testigos.
- 17) Datos de los abogados de las partes (asegurado/tomador/beneficiario y —de corresponder— del tercero damnificado).
- 18) Si ha intervenido algún liquidador de siniestros o inspector, su individualización y breve resumen de su informe.
- 19) Conclusión del caso con la siguiente parametrización mínima:
  - i. Acuerdo.
  - ii. Desistimiento.
  - iii. Reticencia.
  - iv. Rechazo del siniestro.
  - v. Prescripción.
  - vi. Caducidad de instancia.
  - vii. Sentencia que rechaza la demanda.
  - viii. Condena en juicio.
  - ix. Denuncia penal.
  - x. Querrela penal o rol de particular damnificado en proceso penal.
  - xi. Procesamiento penal.
  - xii. Suspensión del juicio a prueba (probation).
  - xiii. Condena penal del imputado.

- xiv. Otros.
- 20) Montos involucrados.
- 21) Indicar si se hizo denuncia penal y seguimiento, o alguna presentación ante Asociación, Colegio o Consejo profesional de corresponder.
- 22) Otras consideraciones de interés.

Los datos volcados en tal Memoria se adecuarán al formato que, en planilla de Excel, se incluye como Anexo al presente Manual.

### **INTERVENCION DEL CONTROL INTERNO DE BENEFICIO S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS**

En el marco de la Resolución N° 31.231 de la Superintendencia de Seguros de la Nación, el encargado de control interno será el responsable de confeccionar un programa de verificación de cumplimiento de las políticas y procedimientos acorde con el presente manual para luchar contra el fraude, indicando periodicidad, modalidades y consecuentes informes, incluyendo un régimen de recomendaciones y acciones de seguimiento frente a desvíos significativos. Se propiciará la incorporación de los procedimientos de control antifraude en forma integrada con el resto de los que contempla el punto 1.9 del anexo I de la Resolución N° 31.231 y con la normativa de prevención de lavado de activos y financiamiento del terrorismo.

### **CAPACITACION DEL PERSONAL**

Dentro de las políticas de personal de la empresa se ha de propiciar un plan de capacitación continua para todos los empleados y funcionarios, incluyendo los niveles ejecutivos y gerenciales. Esta política estará encaminada a capacitar técnicamente al personal en los diversos aspectos de las coberturas que se comercialicen, y a poner especial atención en los indicadores que puedan hacer presuponer que se intenta cometer un fraude en las tramitaciones que se lleven a cabo en sus áreas de influencia.

Asimismo, y en lo que hace a la red de comercialización, se ha de confeccionar y proporcionar a los mismos, sean productores asesores de seguros o agentes institorios, un documento que incluya mínimamente recomendaciones, preguntas y datos a recabar, para la adopción de medidas de seguridad antifraude, focalizando especialmente el momento:

- 1) En que se recibe una propuesta del contrato de seguro o cuando se contrata el seguro.
- 2) En que se tramite algún endoso o modificación del contrato original.
- 3) En que se cobran y liquidan las primas.
- 4) De recibir una denuncia de siniestro.

### **Otras consideraciones**

Los distintos sectores de Beneficio S.A. Compañía de Seguros deberán brindar su atención y colaboración ante los requerimientos que, en materia de prevención y control del fraude, les formule la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Tales tareas serán coordinadas por el responsable de contacto designado por el Directorio.

El mencionado responsable deberá actuar además como nexo entre otras entidades colegas con el fin de propiciar el intercambio de información con las mismas en la lucha contra el fraude.

### **ANALISIS DE FRAUDE**

#### **Objetivo:**

El objetivo principal de estos procedimientos es determinar las tareas a llevar a cabo por las distintas áreas de Beneficio S.A. Compañía de Seguros a efectos de evitar en todo lo que sea posible el fraude en los siniestros y de esta manera disminuir los costos siniestrosales e impedir que se cometan actividades ilícitas.

#### **Situaciones que inducen a sospecha la existencia de fraude**

Además de aquellas a las que se ha hecho referencia en el presente Manual, pueden considerarse como situaciones que inducen a sospecha, las siguientes:

1. Proximidad de fechas entre contratación del seguro o pago de cuotas y el siniestro.
2. Aumentos de sumas aseguradas en forma previa a la ocurrencia del siniestro.
3. Elementos aportados o descripciones detalladas no requeridas.
4. Existencia de parentesco o actuación de profesiones relacionados.
5. Informes médicos poco concluyentes y faltos de información relevante.
6. Documentos con alteraciones, que no concuerdan con la solicitud o que no parecen genuinos.
7. Asegurado evasivo al contestar preguntas y reacios a proveer documentación.
8. Asegurado dispuesto a negociar el beneficio por una cantidad menor a la cual hubiese tenido derecho para evitar se le solicite documentación adicional o para acelerar el pago de la reclamación.
9. Informes vagos sobre forma de ocurrencia.
10. Diferencias en la forma de ocurrencia y en la mecánica del siniestro entre la denuncia del asegurado, y/o lo que surge de actuaciones labradas en sede policial.

#### **Medidas tendientes a mitigar el riesgo.**

Con fines preventivos, y para disminuir el riesgo de fraude e incluso evitar reclamos infundados por parte de asegurados y/o beneficiarios, se han de tomar las siguientes medidas:

1. Uso de Condiciones Contractuales claras y bien definidas.
2. Exclusiones bien redactadas.

3. Verificar que los formularios que requieran firma del asegurado estén perfectamente llenados y con firma autógrafa.
4. Control estricto de políticas de emisión.
5. Control preciso de suscripción y riesgos aceptables.
6. Concordancia entre lo asegurado y el bien o persona sujeta a aseguramiento.
7. Procesos rutinarios de verificación del riesgo y bien o persona sujeta a aseguramiento.
8. Identificación real del cliente, y utilización supletoria de las normas sobre lavado de activos y financiación del terrorismo.
9. Selección estricta del personal y funcionarios.
10. Rotación de puestos y personas.
11. Uso de herramientas estadísticas

**PROCEDIMIENTOS ESPECIFICOS****Tarea: Recepción de Propuestas – Análisis de documentación****Responsable: Sector Comercial**

Este sector deberá, al momento de recibirse las propuestas, efectuar un análisis de las mismas y de la documentación que pueda venir anexada, verificando que los datos mínimos requeridos por las normas legales y reglamentarias, así como por las políticas de suscripción aprobadas por el Directorio se encuentren presentes, comunicando a los productores asesores de seguros y/o agentes institorios las observaciones que pudieren surgir.

Integrará esta función con la que se lleva a cabo en orden al cumplimiento de las normas sobre lavado de activos y financiación del terrorismo.

No dará curso a las propuestas e informará al oficial de cumplimiento designado, en los casos de sospecha de intentos de lavado o de acciones que puedan resultar preparatorias de un eventual fraude de acuerdo con el perfil del cliente.

**Tarea: Evaluación de Siniestros****Responsable: Sector Técnico / Recepcionista de denuncias**

Este sector deberá, al momento de recibir la denuncia del siniestro, comenzar la evaluación del mismo mediante la utilización de los formularios que, para cada tipo de coberturas, estipule la dirección de la aseguradora.

Se analizarán los casos siguiéndose los lineamientos que, para los indicadores de fraude, se incluyen como Anexo II del presente manual.

Si de la evaluación del siniestro resulta que no hay necesidad de enviar a investigar, seguirá su curso normal archivando el formulario en el expediente.

Si de la evaluación del siniestro surgen dudas respecto a la veracidad de los hechos y del análisis surge la necesidad de derivar a Estudios de Investigación se tendrá en cuenta lo siguiente:

- Siniestros con resultado positivo con indicadores dudosos o posibles fraudes cuya estimación sea hasta \$ 100.000 se deberán iniciar las acciones necesarias para investigarlos con el objetivo de hallar una pronta resolución del mismo. Se realizarán reportes mensuales al responsable de contacto de los casos sujetos a investigación.
- Siniestros con resultado positivo con indicadores dudosos o posibles fraudes cuya estimación sea mayor a \$ 100.000 para cualquier cobertura se comunicarán inmediatamente al Directorio y al responsable de contacto y de común acuerdo se

dispondrán las medidas complementarias que en cada caso resulten aconsejables tal como el concurso de un tramitador, investigador, perito, etc.

En ambos casos se deberán tomar las medidas necesarias para evitar, en el transcurso de la investigación, que se den los supuestos del artículo 56 de la Ley N° 17.418 en cuanto a que la falta de pronunciamiento dentro de los quince días de recibida la información complementaria que prevén los párrafos 2° y 3° del artículo 46 de tal Ley importa la aceptación del siniestro.

Se deberá ingresar, en la planilla de control implementada a tal efecto, los datos de los Estudios de Investigación a los cuales se les hayan asignado los siniestros dudosos y cada una de las instancias de la investigación.

#### **Análisis de casos sospechosos**

Deberán en primera instancia clasificar los expedientes recibidos asignándoles una prioridad en función al grado de importancia para la comprobación del hecho, contemplar la ubicación del siniestro, la magnitud del reclamo y el resultado esperado.

Deberán analizarse los expedientes, revisar la información complementaria y requerir todos aquellos elementos que demuestren la real existencia del hecho.

Se considerarán en especial como elementos de prueba:

- La propuesta de seguros y los antecedentes previos de aseguramiento en caso de existir, como ser declaraciones de salud, informes médicos, etc,
- Los testimonios de los testigos presentados por el asegurado
- Los informes y resultados de las pericias realizadas
- Los documentos policiales
- Los partes internos confeccionados por otros Sectores de Beneficio S.A. Compañía de Seguros

#### **Tarea: Chequeo de la Información**

**Responsable: Sector Técnico**

Este Sector realizará, en caso de considerarlas necesarias, algunas tareas de chequeo de información a saber:

- Antecedentes del tomador y/o asegurado
- Datos de la póliza en cuanto a cobertura y pagos de la mismas
- Denuncia policial en caso de corresponder
- Antecedentes y mecánica del siniestro según la Denuncia

#### **Tarea: Selección de Estudios de Investigación**

**Responsable: Sector Técnico**

En base al resultado de los análisis anteriores se decidirá qué casos merecen una investigación más profunda por parte de Estudios de Investigación externos o por peritos.



Los mismos serán seleccionados por este sector teniendo en cuenta: costos, efectividad y especialidad.

Deberán, una vez seleccionados, comunicar a quienes llevarán el caso las inquietudes que se tienen sobre el siniestro y dar las directrices sobre la investigación a seguir, asentando en la planilla de control el investigador designado y las distintas instancias de la investigación.

El sector deberá realizar un seguimiento de las gestiones efectuadas y exigir información continuada del avance de la investigación.

Será su responsabilidad revisar que el importe facturado guarde relación con las gestiones que se hayan realizado y que deberán quedar reflejadas en el informe que realicen.

También deberán pactar con estos estudios precios máximos y mínimos para determinados tipos de investigaciones y controlar la eficacia de los mismos.

**Tarea: Utilización de Bases de Datos Externas****Responsable: Sector Técnico**

Será de mucha utilidad contar con información externa a la aseguradora como ser:

- Utilizar Bases de Datos disponibles en sitios oficiales en Internet, con el objetivo de obtener la mayor cantidad de datos posibles que puedan ser de utilidad en la investigación.
- Establecer contactos con Responsables de Análisis de Siniestros y Fraudes de otras compañías aseguradoras a fin de agilizar los intercambios de información sobre siniestros sospechosos.

**Tarea: Fomentar acciones de prevención del Fraude****Responsable: Sector Técnico - Directorio**

Con el objetivo de reducir las posibilidades de Fraude en la Compañía se han de instrumentar las siguientes acciones, a saber:

- Coordinar con los responsables del sector comercial el cumplimiento de las normas de contratación y selección de riesgos.
- Elaborar información y/o gacetillas a ser distribuidas entre el personal y la red comercial referidas a temas vinculados con la prevención y control del fraude en las distintas coberturas con las que opera la entidad.
- Obtener información sobre personas que hayan intentado acciones fraudulentas en otras aseguradoras del mercado que permita ampliar el espectro de prevención.

**Tarea: Elaborar Informe Final del Caso e Información a las autoridades****Responsable: Sector Técnico**

Una vez concluido el proceso de análisis previo por parte de este sector y el de Investigación por parte de los Estudios especializados se deberá realizar un Informe Resumen del caso con el resultado Final obtenido (si el caso se cierra) o Informes con resultados parciales (si el caso se extiende).

Este sector deberá informar al sector comercial (en caso de corresponder) el estado y avance de cada caso en que se halle involucrado un productor-asesor de seguros y/o agente institorio y, en los casos concluidos, el resultado final al que se hubiese arribado. Deberá adjuntarse al expediente el informe elaborado por el Estudio de Investigación externo que participó en el caso, e ingresar el resultado final en la planilla de control.

**Tarea: Analizar Casos Positivos****Responsable: Sector Técnico – Responsable de Contacto**

Una vez finalizado el análisis del caso se deberá consultar con la asesoría letrada de la aseguradora cuáles han de ser los pasos a seguir respecto del mismo, en función de los parámetros a que hace referencia el punto 19 de la Memoria de Casos Investigados.

Para los rechazos de siniestros se deberán extremar los cuidados con el fin de que no se venzan los plazos legales, y que los mismos se efectúen mediante notificación fehaciente.

**Tarea: Carga de datos en la Memoria de Casos Investigados****Responsable: Sector Técnico**

Se deberá proceder a completar la información que, en relación con los casos investigados, prevé la Memoria a que se ha hecho referencia en el presente manual. Copia de la misma se enviará al Responsable de Contacto.

**Tarea: Compilación y archivo de papeles de trabajo****Responsable: Sector Técnico**

La labor efectuada en el análisis de intentos de fraude deberá ser adecuadamente documentada por parte de los responsables.

Los papeles de trabajo contendrán, como mínimo, lo siguiente:

- i. La descripción de la tarea realizada.
- ii. Los datos y antecedentes recogidos durante el desarrollo de la tarea.
- iii. Las limitaciones al alcance de la tarea.
- iv. Las conclusiones sobre el examen de cada rubro o área y las conclusiones finales o generales del trabajo.

- v. Posibles desvíos y recomendaciones para implementar acciones de regularización, con plan de seguimiento.

Los referidos antecedentes se conservarán en legajos foliados y deberán permanecer a disposición de la Superintendencia de Seguros de la Nación por el término de tres años de concluido el proceso de verificación.

La guarda y conservación de tales elementos estará a cargo del responsable de control interno de la aseguradora.

**Tarea: Comunicación al Oficial de Cumplimiento de Lavado de Activos**

**Responsable: Sector Técnico**

En aquellos casos en que, de conformidad con el Manual de Procedimientos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, se observen operaciones que puedan ser catalogadas como tales, se deberá notificar al Oficial de Cumplimiento de la Aseguradora dentro del plazo de setenta y dos (72) horas de detectado el caso, excepto cuando se sospeche que se trata de financiación del terrorismo, en cuyo caso la comunicación deberá efectuarse dentro de las veinticuatro (24) horas.

## ANEXO I - PLANILLA MODELO DE MEMORIA DE CASOS INVESTIGADOS

(Parte 1 de 3)

	A	B	C	D
1	ANEXO V		FORMATO DE CELDA	ACLARACIONES
2		ID CIA	Texto	Número de registro en SSN
3		Nro de Referencia del Caso	Número entero	Sin caracteres de separación.
4		Ramo	Texto	Código: Ver Tabla [1]
5	De la Concertación de la Cobertura	Fecha y Hora	dd/mm/yyyy hh:mm	Informar los días como 01-31, meses como 01-12, años como 1900-9999, horas como 00-23, minutos como 00-59.
6		Dirección	Texto	
7		Localidad	Texto	
8		Provincia	Texto	
9		Código Postal	Texto	Cuatro caracteres numéricos sin caracteres de separación.
10	De la Póliza	Nro de Póliza	Numérico, sin caracteres de separación.	
11		Fecha de Emisión	dd/mm/yyyy	Informar los días como 01-31, meses como 01-12, años como 1900-9999.
12		Lugar de Emisión	Texto	
13		Inicio de Vigencia de la Cobertura	dd/mm/yyyy hh:mm	Informar los días como 01-31, meses como 01-12, años como 1900-9999, horas como 00-23, minutos como 00-59.
14		Fin de la Vigencia de la Cobertura	dd/mm/yyyy hh:mm	Informar los días como 01-31, meses como 01-12, años como 1900-9999, horas como 00-23, minutos como 00-59.
15	Del Sinistro	Fecha y Hora de Ocurrencia	dd/mm/yyyy hh:mm	Informar los días como 01-31, meses como 01-12, años como 1900-9999, horas como 00-23, minutos como 00-59.
16		Dirección	Texto	
17		Localidad	Texto	
18		Provincia	Texto	
19		Código Postal	Texto	Cuatro caracteres numéricos sin caracteres de separación.
20		Fecha de Denuncia	dd/mm/yyyy	Informar los días como 01-31, meses como 01-12, años como 1900-9999.
21		Hechos denunciados con indicación precisa del reclamo	Texto	
22		Datos de la Comisaría y/o de los funcionarios de Gendarmería y/o Prefectura y/o Bomberos y/o Defensa Civil, que eventualmente hayan tomado intervención en el siniestro	Texto	
23		Investigación producida e indicadores considerados	Texto	
24		Elementos de prueba recabados	Texto	
25	Hechos descubiertos de manera clara y concisa	Texto		
26		Carácter	Texto	Tomador, asegurado, beneficiario o damnificado.
27		Nombre y Apellidos Completos	Texto	
28	Datos del/los tomador/es, asegurado/s, beneficiario/s, damnificado/s. Para más de un sujeto, replicar el grupo de filas necesarias aclarando el carácter del sujeto y un dígito identificador (ejemplo: tomador1; tomador2; asegurado1, etc.)	Tipo de Documento	Texto	
29		Nro de Documento	Número entero	Sin caracteres de separación.
30		CUIT/CUIL	Número entero	Sin caracteres de separación.
31		Dirección	Texto	
32		Localidad	Texto	
33		Provincia	Texto	
34		Código Postal	Texto	Cuatro caracteres numéricos sin caracteres de separación.

(Parte 2 de 3)

	A	B	C	D
1	ANEXO V		FORMATO DE CELDA	ACLARACIONES
35	Datos del/los presunto/s involucrado/s. Para más de un sujeto, replicar el grupo de filas necesarias aclarando el carácter del sujeto y un dígito identificador (ejemplo: sujeto1; sujeto2; etc.)	Nombre y Apellidos Completos	Texto	
36		Tipo de Documento	Texto	
37		Nro de Documento	Número entero	Sin caracteres de separación.
38		CUIT/CUIL	Número entero	Sin caracteres de separación.
39		Dirección	Texto	
40		Localidad	Texto	
41		Provincia	Texto	
42	Datos del profesional (abogado, médico, etc.) que eventualmente hubiera prestado colaboración para la maniobra. Para más de un sujeto, replicar el grupo de filas necesarias aclarando el carácter del sujeto y un dígito identificador (ejemplo: profesional1; profesional2; etc.)	Código Postal	Texto	Cuatro caracteres numéricos sin caracteres de separación.
43		Profesión	Texto	
44		Nombre y Apellidos Completos	Texto	
45		Tipo de Documento	Texto	
46		Nro de Documento	Número entero	Sin caracteres de separación.
47		CUIT/CUIL	Número entero	Sin caracteres de separación.
48		Nro de Matrícula	Texto	
49	Datos del Productor Asesor de Seguros (o Sociedad de Producciones) que eventualmente hubiera intermediado y/o organizador y/o agente insitutorio que hubiere intervenido en la concesión de la cobertura. Para más de un sujeto, replicar el grupo de filas necesarias aclarando el carácter del sujeto y un dígito identificador (ej.: Intermediador1; Intermediador2; etc.)	Localidad	Texto	
50		Provincia	Texto	
51		Código Postal	Texto	Cuatro caracteres numéricos sin caracteres de separación.
52		Carácter	Texto	PAS, Sociedad de Productores, Organizador ó Agente Insitutorio.
53		Nombre y Apellidos Completos o Razón Social	Texto	
54		Tipo de Documento	Texto	
55		Nro de Documento	Número entero	Sin caracteres de separación.
56	Datos de los testigos. Para más de un sujeto, replicar el grupo de filas necesarias aclarando el carácter del sujeto y un dígito identificador (ej.: testigo1; testigo2; etc.)	CUIT/CUIL	Número entero	Sin caracteres de separación.
57		Nro de Matrícula	Texto	
58		Nombre y Apellidos Completos	Texto	
59		Tipo de Documento	Texto	
60		Nro de Documento	Número entero	Sin caracteres de separación.
61		CUIT/CUIL	Número entero	Sin caracteres de separación.
62		Dirección	Texto	
63	Datos de los abogados de las partes (asegurado/tomador/beneficiario y -de corresponder- del tercero damnificado). Para más de un sujeto, replicar el grupo de filas necesarias aclarando la parte a la que asiste o representa y un dígito identificador (ej.: abogado1; abogado2; etc.)	Localidad	Texto	
64		Provincia	Texto	
65		Código Postal	Texto	Cuatro caracteres numéricos sin caracteres de separación.
66		Parte a la que asiste o representa	Texto	
67		Nombre y Apellidos Completos o identificación del estudio	Texto	
68		Tipo de Documento	Texto	
69		Nro de Documento	Número entero	Sin caracteres de separación.
70		CUIT/CUIL	Número entero	Sin caracteres de separación.
71		Nro de Matrícula	Texto	
72		Localidad	Texto	
73		Provincia	Texto	
74		Código Postal	Texto	Cuatro caracteres numéricos sin caracteres de separación.

(Parte 3 de 3)

	A	B	C	D
1	ANEXO V		FORMATO DE CELDA	ACLARACIONES
75	Datos del Liquidador de Sinistros y/o averías	Nombre y Apellidos Completos o Identificación del estudio	Texto	
76		Tipo de Documento	Texto	
77		Nro de Documento	Número entero	Sin caracteres de separación.
78		CUIT/CUIL	Número entero	Sin caracteres de separación.
79		Nro de Matricula	Texto	
80		Breve resumen del informe	Texto	
81	Conclusión del Caso (indicar con x lo que corresponda)	- Acuerdo.	Texto	1 caracter ("x") ó celda vacía.
82		- Desistimiento.	Texto	1 caracter ("x") ó celda vacía.
83		- Reticencia.	Texto	1 caracter ("x") ó celda vacía.
84		- Rechazo del siniestro.	Texto	1 caracter ("x") ó celda vacía.
85		- Prescripción.	Texto	1 caracter ("x") ó celda vacía.
86		- Caducidad de instancia.	Texto	1 caracter ("x") ó celda vacía.
87		- Sentencia que rechaza la demanda.	Texto	1 caracter ("x") ó celda vacía.
88		- Condena en juicio.	Texto	1 caracter ("x") ó celda vacía.
89		- Denuncia penal.	Texto	1 caracter ("x") ó celda vacía.
90		- Querrela penal o rol de particular damnificado en proceso penal.	Texto	1 caracter ("x") ó celda vacía.
91		- Procesamiento penal.	Texto	1 caracter ("x") ó celda vacía.
92		- Suspensión del juicio a prueba (probation).	Texto	1 caracter ("x") ó celda vacía.
93		- Condena penal del imputado.	Texto	1 caracter ("x") ó celda vacía.
94		Otros.	Texto	1 caracter ("x") ó celda vacía.
95	Montos involucrados		Número entero	Sin caracteres de separación.
96	Denuncia Penal	Realizó (Si/No)	Texto	2 caracteres ("Si", "No") ó celda vacía.
97		De corresponder, identifique autoridad ante la que se realizó la denuncia	Texto	
98		Seguimiento (Si/ No)	Texto	2 caracteres ("Si", "No") ó celda vacía.
99		Presentación ante Asociación, Colegio Consejo Profesional (Si/NO)	Texto	2 caracteres ("Si", "No") ó celda vacía.
100	Indicar la Asociación, Colegio o Consejo Profesional		Texto	
101	Observaciones		Texto	

## Tabla

<b>Código</b>	<b>Ramo</b>
2.010.00	Accidentes Personales
2.010.01	Acc. Personales – Individual
2.010.02	Acc. Personales – Colectivo
2.020.00	Salud
2.020.01	Salud – Individual
2.020.02	Salud – Colectivo
2.030.00	Vida
2.030.01	Vida – Individual
2.030.02	Vida – Colectivo
2.030.03	Vida – Previsional
2.030.04	Vida – Obligatorios
2.050.00	Sepelio
2.050.01	Sepelio – Individual
2.050.02	Sepelio – Colectivo
3.000.99	Secc. Admin. – Secc. Admin.

**ANEXO II – INDICADORES DE FRAUDE**

**1. En relación con el siniestro**

- Ocurrencia poco después del inicio de la vigencia o poco antes del vencimiento.
- Ocurrencia del siniestro dentro de los dos o tres días de abonada una cuota que registraba mora.
- Origen del siniestro poco claro – Relatos confusos o inconexos.
- Existencia de varios siniestros con daños similares en distintas fechas u ocurridos en circunstancias dudosas.
- Siniestros que se comunican con retraso, no dando tiempo a un adecuado peritaje del mismo.
- Siniestros en lugares poco poblados, durante la noche, en días no laborables.
- No se presenta la documentación respaldatoria de asistencias o gastos.

**2. En relación con los comprobantes**

- No se aportan o no existen comprobantes originales.
- Se presentan facturas de varios emisores con similitudes entre sí.
- Se facilita a la entidad una excesiva documentación no solicitada o se proporcionan datos escasos.

**3. En relación con el asegurado**

- Alta siniestralidad en el ramo
- Contratación o ampliación de la cobertura cerca del siniestro.
- Nerviosismo o contradicciones en la declaración.
- Interés especial en que todas las gestiones se realicen sólo con él.
- Información brindada imprecisa o vaga.
- Indicios de connivencia con los implicados en el siniestro.

**4. Situaciones a analizar en particular**

- Omitir información requerida en los formularios de propuestas de seguro.
- Omitir denuncias sobre la existencia de otro seguro vigente en relación con la misma cobertura.
- Omitir datos relevantes en las declaraciones previas.
- Omitir o cambiar la verdadera causa de ocurrencia del siniestro.
- Reclamación sobre coberturas no incluidas en la póliza.
- Reclamación por enfermedades o afecciones preexistentes
- Adulterar documentación respaldatoria



## **SEGUROS DE PERSONAS**

### **Indicadores asociados con el asegurado**

1. El asegurado es demasiado insistente para que se le dé una pronta resolución.
2. El asegurado tiene un inusual conocimiento sobre la terminología en seguros y sobre los procesos de reclamación.
3. El beneficiario del seguro maneja todo de manera personal, evitando el uso de cualquier otro medio de comunicación e identificación.
4. El asegurado acepta recibir un pago mucho menor al que corresponde a la reclamación.
5. Solicitud de pago en efectivo en daños cuantiosos de forma inmediata.
6. Clonación o falsificación de documentación.

### **SALUD**

1. Falsedad de reporte médico sobre la causa de la lesión o enfermedad.
2. Riesgos no cubiertos o procedentes de enfermedades preexistentes.
3. Llenado de solicitudes con vicios de información.
4. Suministros de medicamentos o estudios no necesarios para la atención médica, conforme la patología denunciada.

Las formas más comunes de fraude en seguros de salud se refieren a personas que no informaron condiciones preexistentes en sus solicitudes de seguro y luego intentan obtener cobertura por tratamientos relacionados con la afección oculta.

Se debe prestar además especial atención a los proveedores de servicios de salud que facturan servicios no prestados.

Algunas preguntas que deben ser efectuadas:

- ¿Estuvieron los pacientes en un accidente ficticio?
- ¿Estuvieron los pacientes en accidentes en los que no sufrieron lesiones?
- ¿Recibieron los pacientes tratamientos excesivos?
- ¿Hubo un tratamiento indebido para pacientes que sufrieron lesiones legítimas?
- ¿Existen diferentes estilos de tipografía empleados en distintas secciones de una factura médica enumerando servicios, tratamientos, diagnósticos, procedimientos y cargos.
- ¿Tienen los tratamientos médicos relación con el diagnóstico o no son coherentes con éste?
- ¿Las facturas por prestaciones médicas indican tratamientos en días consecutivos que no se compadecen con el diagnóstico?
- ¿La medicación indicada se vincula directamente con la lesión o enfermedad?
- ¿La farmacia está situada en un lugar geográficamente distinto al del trabajo o domicilio?

- ¿La farmacia entregó drogas genéricas, pero se facturaron medicamentos con marca comercial?
- ¿Las fechas de atención en la historia clínica coinciden con las que aparecen en la factura?
- ¿Las visitas al consultorio se discriminan por fecha y tipo de atención?
- ¿Puede corroborarse la efectiva prestación de los servicios médicos facturados?
- ¿Se presentan fotocopias en lugar de originales?

### **VIDA Y SEPELIO**

1. Actas de defunción falsas
2. Daños físicos autoprovocados para el cobro del seguro
3. Incapacidades totales o parciales permanentes falsas o sin soporte.
4. Simulación de accidentes
5. Inclusión de personas que no posean vínculos con el contratante en el caso de seguros colectivos.
6. Omitir la preexistencia de invalidez o enfermedades
7. Falsa declaración de la edad o de la actividad del asegurado
8. Adulteración o falsificación de facturas por servicios – Facturas que no se condicien con el servicio brindado

Algunas preguntas que deben ser efectuadas:

- ¿La póliza comienza en fecha cercana a la del fallecimiento?
- ¿El fallecido no era bien conocido por sus familiares y vivía solo?
- ¿La siniestralidad del productor o del tomador es inusualmente sesgada, considerando el tamaño del mercado y los tipos de personas aseguradas?
- ¿Se contrataron numerosas pólizas cubriendo la vida de la víctima?
- ¿Se suscribieron pólizas con distintos aseguradores sin motivo aparente?
- ¿La suma asegurada se relaciona con la posición social del fallecido?
- ¿El siniestro fue traumático y no se aportan las actuaciones oficiales en relación con el mismo?
- ¿De acuerdo con la historia clínica, se trata de enfermedades que puedan ser preexistentes a la contratación de la cobertura?